



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



LUISA HELENA GONÇALVES DE TOLEDO

**ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA Nº 11 DE SAMAMBAIA DO
DISTRITO FEDERAL**

CAMPO GRANDE/MS

2014

LUIZA HELENA GONÇALVES DE TOLEDO

ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA Nº 11 DE SAMAMBAIA DO DISTRITO
FEDERAL

Projeto de Intervenção apresentado como requisito para obtenção do Certificado do Curso de Especialização em Saúde da Família – Programa Mais Médicos para o Brasil/PROVAB, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof^a Me Ana Cecília Demarqui Machado.

CAMPO GRANDE/MS

2014

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Paulo César de Almeida Toledo, herói inspirador que me dar forças para continuar lutando sempre pela conquista dos meus objetivos.

A minha mãe Regina Gonçalves, exemplo de força, coragem e amor aos seus filhos. Mulher guerreira que sempre me incentivou a perseverar.

Ao meu noivo Jordano Soave, que desde o início me estimulou a não desistir.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse por ter dado saúde e força para eu superar as dificuldades.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A Universidade Federal do Mato Grosso do Sul pela oportunidade de realizar o curso.

A minha orientadora Ana Cecília, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos. Agradeço por transmitir seus conhecimentos e por fazer da minha monografia uma experiência positiva.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“A persistência é o caminho do êxito”.

Charles Chaplin.

RESUMO

A hipertensão arterial, devido a sua alta prevalência na população brasileira, constitui um problema de saúde pública de grande relevância, por reduzir a expectativa de vida e conduzir a diversas complicações cardíacas e renais, além de gerar elevado custo social. A adesão ao tratamento em patologias crônicas e assintomáticas, como a hipertensão arterial, é fundamental para o controle e a diminuição da morbimortalidade. O projeto seguiu a metodologia de análise conceitual e foi realizado através de um levantamento bibliográfico de artigos científicos da área médica e de enfermagem pertinentes à temática, com o objetivo de avaliar os fatores associados à má adesão ao tratamento anti-hipertensivo e elaborar um plano de intervenção visando aumentar a adesão desses usuários da área rural da Unidade Básica de Saúde de Samambaia/DF. Como resultado, verificou-se que as principais questões que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão associadas ao paciente, ao regime terapêutico e ao sistema de saúde. Os usuários abrangidos pelo projeto foram avaliados quanto à adesão a partir do Teste de Morisky e Green (TMG) e ao mesmo tempo participaram de ações para o aumento dessa adesão, principalmente as educativas. O plano de intervenção elaborado inclui ações tais como o cadastramento dos usuários hipertensos no programa HIPERDIA, o acompanhamento dos indicadores, a realização de atividades educativas (Educar é Saúde; Caminhada Rural), para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe de saúde. Em suma, é importante a equipe de saúde conhecer as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de planejar ações para tentar superá-las, juntamente com o paciente, e alcançar assim um melhor controle da HAS.

Palavras-Chaves: Atenção Básica à Saúde; Atividades Educativas; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Arterial hypertension, because of its high prevalence in the Brazilian population, is a highly relevant public health issue, as it decreases life expectancy and leads to diverse cardiac and renal complications, in addition to generating a high social cost. Adherence to the treatment of chronic, asymptomatic pathologies, such as arterial hypertension, is decisive in controlling and reducing morbidity and mortality rates. The study followed the methodology of conceptual analysis and was conducted through a literature review of scientific articles in medical and nursing relevant to the topic. This study aimed to evaluate the factors that act to lead to worse adherence to antihypertensive treatment of patients and propose an intervention plan to improve adherence at the Family Health Unit Samambaia of rural area. The issues that hinder treatment adherence can be associated to the patients, to the therapeutic regimen or to the health system. Users covered by the study were evaluated for membership from the Test Brief Medication Questionnaire (BMQ) and at the same time were exposed to actions to increase that accession, especially education ones. The elaborate plan included actions such as the registration of hypertensive patients in HIPERDIA program, monitoring of indicators, educational activities (Teaching is Health; Rural Walk) for compliance with drug treatment and training of the health team. In summary, it is important to be healthcare team to understand the difficulties of patients to adhere to antihypertensive treatment in order to plan actions to overcome them and result in better blood pressure control.

Keywords: Primary health care; educational activities; Hypertension.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Avaliação do conhecimento e cuidados em relação à HAS antes da intervenção e posterior a intervenção..... | 18 |
|---|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS..... | 10 |
| 1.1 Introdução..... | 10 |
| 1.2 Objetivo Geral..... | 11 |
| 1.3 Objetivos Específicos..... | 12 |
| 2. ANÁLISE ESTRATÉGICA..... | 13 |
| 3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO..... | 16 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 20 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 22 |
| 6. ANEXOS..... | 23 |

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, representando um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública ⁽¹⁾. Pode ter consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução ⁽²⁾.

Associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, obtendo alta prevalência e baixas taxas de controle ⁽¹⁾. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos ⁽³⁾.

Com prevalência de aproximadamente 30%, estima-se que cerca de 30 milhões de brasileiros tenham essa doença. Ela é responsável por 54% de todos os casos de AVE e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais ⁽¹⁾. Por ano, aproximadamente 400 mil brasileiros morrem devido a HAS ⁽⁴⁾. Outro dado importante é o grande número de internações e gastos com essa morbidade, tanto pela doença quanto por suas complicações. Segundo dados do DATASUS, em 2007, registraram-se 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares (DCV), com custo de R\$165.461.644,33⁽¹⁾.

Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir morbidade e mortalidade cardiovasculares, os percentuais de controle da PA são muito baixos em razão da pouca adesão ao tratamento. Dados na literatura apontam 20% a 40% ⁽¹⁾. Ainda, outros fatores relacionados como os serviços e os profissionais de saúde, onde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos, o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados

de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crônicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico influenciam o controle da hipertensão arterial sistêmica ⁽⁵⁾.

Nesse sentido, com a adesão ao tratamento os pacientes conseguirão controlar os níveis de hipertensão evitando as consequências negativas de morbimortalidades cardiovasculares, bem como viver com mais qualidade por meio da mudança do estilo de vida.

A equipe 11 do Centro de Saúde número 03 de Samambaia (CSSAM 03) possui uma população adscrita de 504 famílias e 1.774 pessoas para o ano de 2014. O território é dividido em 05 microáreas e no momento a equipe encontra-se desfalcada de um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esta é composta por um total de 383 lotes, além da área de invasão, que também é atendida pelos profissionais da ESF 11 ⁽⁶⁾.

A área é tipicamente rural e formada principalmente por chácaras, sendo, portanto de difícil acesso à população. De acordo com o tamanho da população adulta de 983 pessoas, deveríamos esperar 258 hipertensos e apresentamos apenas 165 cadastrados. Logo, existem doentes assintomáticos não diagnosticados em nossa área ⁽⁷⁾. Ainda não apresentamos dados que quantifiquem o número de pacientes que não aderem ao tratamento, no entanto sabe-se que a prevalência de má adesão ao tratamento anti-hipertensiva é significativa, a partir da observação direta e de relatos dos ACS e técnicos de enfermagem, observações durante as consultas de enfermeira e médica da equipe e também relatos dos próprios pacientes nos grupos operativos.

A construção de um projeto de intervenção facilitará este manejo pela equipe de Saúde de Samambaia com os pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento. Sendo assim, o presente projeto pretende desenvolver estratégias de adesão ao protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, para uso rotineiro da Equipe de Saúde da Família durante o acompanhamento do paciente hipertenso, melhorando assim sua adesão ao tratamento.

1.2. Objetivo Geral

Desenvolver uma estratégia, em adesão ao protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, para uso rotineiro da Equipe de Saúde da Família durante o acompanhamento do paciente hipertenso, melhorando assim sua adesão ao tratamento.

1.3. Objetivos Específicos

Identificar os fatores causais envolvidos com a má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos por meio da literatura.

Estabelecer vínculo entre a Equipe da Saúde da Família e os usuários através de propostas intervencionistas que visem o aumento da adesão ao tratamento dos hipertensos

Atualização do banco de dados (HIPERDIA).

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Será realizado uma revisão bibliográfica através de consulta de artigos científicos com os termos “adesão à medicação” e “hipertensão” nas bases de pesquisa do Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Medline, dos anos de 2012 e 2013. Além disso, será consultado o último consenso brasileiro de HAS, de 2010, das sociedades brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e de Nefrologia ⁽¹⁾ e as “Linhas de Cuidado: hipertensão arterial e diabetes” da Organização Pan-Americana da Saúde ⁽⁸⁾. E também serão utilizados dois Trabalhos de conclusão de Curso, relacionados ao tema, encontrado na biblioteca virtual da UFMG: “Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em idosos no PSF São Jerônimo – Município de Teófilo Otoni – MG”, Araújo ⁽⁹⁾, e “Além da prescrição: a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica”, Cardoso ⁽¹⁰⁾.

Em relação às causas de não aderência ao tratamento, os textos estudados serão avaliados quanto à relevância e estratégias existentes para intervenção. Após análise, o referencial teórico será utilizado para o estudo e para a operação chamada “Capacitando a Equipe”, que terá como finalidade melhorar o processo de trabalho da equipe, capacitando-a para o atendimento aos hipertensos.

Serão necessários recursos organizacionais para montar fluxos de atendimentos e encaminhamento; recursos cognitivos, em relação ao conhecimento e a informações sobre o tema; apresentar o projeto para o gestor do CSSAM 03 de Samambaia (recurso político) por meio de uma reunião.

Um protocolo será elaborado com base em protocolo existente da Organização Pan-Americana da Saúde ⁽⁸⁾. Por ora, este será usado na operação “Capacitando a Equipe”, que deverá ter início no mês (junho, 2014) e será realizada durante as reuniões semanais da ESF.

Para estabelecer o aumento do vínculo entre a ESF e os usuários e promover o aumento da adesão ao tratamento, serão realizadas as operações “Educar é Saúde”, com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pacientes sobre essa

doença, e a “Caminhada Rural”, que visa combater o sedentarismo (fator de risco para HAS e causa de piora dos níveis pressóricos).

Para a primeira operação, serão necessários recursos como sala para reuniões, retroprojetores, habilidades de apresentação, recursos para divulgação, além de buscar parcerias com o NASF e Secretaria de Saúde.

Nesse projeto também será contemplado os benefícios de uma alimentação saudável pela nutricionista integrante do NASF e agendamento de consultas prioritárias em nutrição para pacientes descompensados. O projeto será elaborado até o mês de junho de 2014, com início após um mês e será realizado mensalmente. Espera-se aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os riscos do descontrole da HAS com os temas elaborados para as ações educativas grupais.

Para a Caminhada Rural, serão necessários recursos críticos tais como: profissional educador física, mobilização dos pacientes, e parceria com NASF, Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde. Esta atividade será elaborada e apresentada em julho e previsão de início para setembro do ano de 2014. Serão realizadas três vezes na semana com duração de uma hora (das 16:30 às 17:30).

Por último, para atualização do cadastro do HIPERDIA será utilizado novo modelo para o acompanhamento do paciente portador da doença HAS através do PAH (ANEXO 1) obtido no seguinte trabalho de conclusão de curso, encontrado na biblioteca virtual da UFMG: “Protocolo de acompanhamento do Hipertenso: Uma estratégia de adesão ao protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica para a Equipe de Saúde da Família”, Souza, E.A.M.H. ⁽¹¹⁾. Ainda, será utilizado o Teste de Morisky e Green (TMG) (ANEXO 2) que será útil para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. De acordo com o protocolo do TMG, é considerado aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos ⁽¹²⁾. Para esse objetivo, será necessário motivação e cooperação de toda a ESF 11. Essa atividade será realizada no dia a dia da equipe, durante a triagem, consultas, visitas domiciliares por todos os integrantes da ESF, com início em julho de 2014 para integração definitiva ao processo de trabalho.

Os critérios de inclusão adotados serão: indivíduos com diagnóstico de HAS, em tratamentos anti-hipertensivos ou não, atendidos pela ESF. Independente do motivo da abordagem, o usuário deverá ter sua inserção garantida na intervenção ou serem reconduzidos seis meses após a primeira abordagem para seguimento. Para aperfeiçoar os registros da PA houve o fornecimento do Cartão de Registros de PA (ANEXO 3) ao usuário, seguido do seu pronto preenchimento.

Pacientes em uso de medicações anti-hipertensivas deverão ser orientados a manter o uso regular. De acordo com a triagem, uma consulta médica deverá ser agendada. O médico deverá ter competência cultural para explicar a doença ao paciente em linguagem simples preferencialmente de maneira que o paciente entenda.

A HAS tem alguns fatores de risco genéticos e ambientais, esses últimos envolvem alimentação em excesso de sal, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo. Além do uso das diversas classes de medicamentos anti-hipertensivos, a mudança do estilo de vida, com alimentação saudável, cessação do tabagismo e do etilismo e a prática de exercícios físicos conseguem reduzir os níveis de PA ⁽³⁾.

As medidas não farmacológicas para diminuir a pressão são muito importantes, no entanto, são baixas as taxas de adesão à atividade física. No trabalho de Giroto et al. ⁽¹³⁾, apenas 17,7% a realizam regularmente.

Ribeiro et al. ⁽¹⁴⁾ enfatizam a necessidade de acompanhamento por nutricionista, referindo que os profissionais de saúde não tem formação adequada para orientações nutricionais, muitas vezes abordando este aspecto do tratamento de forma equivocada. Apontaram ainda, que o consumo de frutas, verduras e legumes é menor nas áreas rurais e naqueles com menor escolaridade e renda.

Existe um déficit na comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes e como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível. Abordagem multidisciplinar tem grau de recomendação I e nível de evidência A ⁽³⁾.

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A operação “Capacitando a Equipe” foi a primeira a ser implantada em junho de 2014. O projeto foi apresentado ao gestor do CSSAM 03 e aprovado, e assim as reuniões da ESF 11 passaram a ter uma hora reservada ao tema Hipertensão Arterial para ampliar a base teórica de conhecimentos da equipe. Todos os membros apresentaram interesse pela ação. Foram abordados temas como Definição da doença, Classificação, Sinais e Sintomas, Hipertensão na Gravidez, Causas e Fatores de Risco, Diagnóstico, Prevenção e Tratamento.

As reuniões foram realizadas na própria sala da triagem da ESF 11, com o auxílio dos computadores e internet já presentes. Após as intervenções educativas houve aumento relevante no conhecimento para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e também para ACS, considerando a opinião própria de cada membro da ESF em relação ao ganho pessoal de conhecimento. Os ACS também relataram maior facilidade de transmitir o conhecimento aos pacientes durante suas visitas domiciliares. A ação terminou na reunião do dia 23 de setembro para esse tema de HAS.

A operação “Educar é Saúde” também foi aprovada pelo gestor do centro e pela equipe do NASF, a qual demonstrou interesse real de participar. Foi providenciada a sala de reuniões do CCSAM 03 uma vez ao mês, no período da tarde e também o uso do retroprojeto e televisão para as apresentações. A enfermeira da equipe 11 e a nutricionista do NASF foram as responsáveis pela organização dos temas, incluindo mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida. A ação teve início em julho e vem funcionando desde então, com planos de continuar durante o todo o ano de 2015.

Apesar da ampla divulgação dos profissionais por comunicação direta, busca ativa, convites e cartazes no posto, as taxas de adesão às reuniões pela população da equipe eram baixas, variando entre 3 a 5 presentes por reunião. Portanto foi estabelecido que essa ação fosse disponibilizada para a população de todo Centro de Saúde 03, e desde então a quantidade de pacientes varia de 25 a 30 pacientes. A respeito dos pacientes da equipe 11 aderentes, as reuniões foram consideradas

educativas e o processo de triagem para consulta prioritária com a nutricionista foi aprovada. Eles também referiram maior vínculo com os profissionais da saúde após início do projeto.

A “Caminhada Rural” gerou maior dificuldade para ser efetuada, devido falta de profissional educador físico. A Secretaria de Saúde foi a favor do projeto, mas não disponibilizou recursos para efetiva-lo. No entanto, quando a profissional fisioterapeuta do NASF se disponibilizou para coordenar e supervisionar o projeto, este foi iniciado em Outubro de 2014, mas para benefício também de todo paciente cadastrado no CSSAM 03 que tivesse interesse em participar. A Prefeitura se manteve indiferente. Foi feito então a divulgação pelos profissionais de cada equipe de saúde e através de convites. O cadastro foi feito pelo NASF e foi necessário atestado médico para ingressar, sendo as inscrições feitas nas terças e quartas-feiras. Porém, assim como a ação “Educar é Saúde”, a aderência populacional também foi baixa. Sendo que, 14 pacientes foram cadastrados e compareciam frequentemente às caminhadas, em três da área da equipe 11. Desses pacientes, um apresentou queda do peso de 4% e melhoras do índice pressórico. Os outros dois já apresentavam pressões controladas pelo tratamento medicamentoso. No que se refere ao vínculo com os profissionais da saúde, os três referiram melhora dos atendimentos e da atenção dispensada.

Por último, o “PAH” consiste em uma nova estratégia a ser associada ao protocolo da HAS da ESF. Possui caráter complementar ao protocolo local da UBS no tratamento da doença HAS. Essa intervenção teve início na identificação de indivíduo portador de HAS em tratamento anti-hipertensivo ou não, abordado por qualquer integrante da ESF, em julho de 2014. A participação de cada paciente foi voluntária e as ações foram desenvolvidas paralelamente às atividades rotineiras. Cinquenta pacientes foram convidados e participaram do preenchimento do questionário.

FIGURA 1 – Avaliação do conhecimento e cuidados em relação à HAS antes da intervenção e posterior a intervenção.

| PERGUNTAS | Antes da Intervenção | | Pós Intervenção | |
|---|----------------------|--------|-----------------|--------|
| | Sim | Não | Sim | Não |
| A Hipertensão é de tratamento para a vida toda? | 88,00% | 12,00% | 96,00% | 4,00% |
| Acredita no controle adequado da doença através de mudança de hábitos de vida e uso de medicação anti-hipertensiva? | 88% | 12% | 100,00% | 0,00% |
| Usa a medicação anti-hipertensiva nos horários adequados? | 82% | 18% | 96,00% | 4,00% |
| Sentindo-se bem ou mal toma as medicações? | 100% | 0% | 100,00% | 0,00% |
| Quando realiza exames ou consulta médica toma suas medicações? | 68% | 32% | 90,00% | 10,00% |
| Esqueceu-se de tomar as medicações nesta semana? | 12% | 88% | 14,00% | 86,00% |
| Os sintomas sempre aparecem quando a pressão está elevada? | 32% | 68% | 12,00% | 88,00% |
| Sabe o nome do PSF da sua área? | 68% | 32% | 90,00% | 10,00% |
| Sabe o nome do ACS da sua área? | 80% | 20% | 100,00% | 0,00% |
| Sabe a diferença do serviço do PSF e do Pronto Socorro? | 82% | 18% | 100,00% | 0,00% |
| Buscou atendimento de urgência ou internação por descontrole da PA ou suas complicações? | 36% | 64% | 12,00% | 88,00% |

Fonte: Própria

De acordo com a FIGURA 1, observou-se que a intervenção teve um benefício para os pacientes avaliados: a) melhoria da compreensão que o diagnóstico da hipertensão arterial é de uma doença crônica e que deve ser acompanhada rotineiramente; b) compreensão de que o uso dos medicamentos deve ser acompanhado de mudança em hábitos de vida; c) importância de seguir os horários de tomada dos medicamentos; d) modificação da percepção de que ao realizar exames laboratoriais não se deve parar de tomar os medicamentos anti-hipertensivos, sendo que o mesmo raciocínio se aplica ao uso durante um retorno de consulta com o médico, na presença ou ausência de sintomas e durante a realização do controle de PA; e) modificação do conhecimento de que nem sempre aparecerão sintomas com o descontrole da pressão visto que a doença pode ser expressa de forma silenciosa. Destaca-se que após a intervenção a procura pelo atendimento de urgência ou emergência diminuiu consideravelmente e que todos os

pacientes souberam indicar órgãos passíveis de lesão durante o descontrole da doença.

Segundo VI Diretriz Brasileira de Hipertensão ⁽¹⁾ e 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos revelaram baixos níveis de controle da PA (média de 19,6%). A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países revelaram taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura da Estratégia da Saúde da Família, demonstrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir e manter metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS.

Não houve dificuldades na aplicação do TMG (ANEXO 1) na população avaliada. Em geral, o teste demonstrou a boa efetividade da intervenção, mas ao mesmo tempo, indicou que os pacientes necessitam de acompanhamento contínuo da ESF para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PAH enaltece o conhecimento da população e a intervenção com ações combinadas (preventivas e curativas). Favorece a atualização de bancos de dados, a abordagem multidisciplinar no tratamento da HAS em longo prazo e a humanização da saúde.

Atualmente nota-se a valorização de medidas preventivas, vigilância em saúde e ao atendimento humanizado, o que confere destaque ao PAH por considerá-lo plausível e aplicável simultaneamente à rotina habitual da demanda espontânea e programada da equipe de saúde da família abordada. Uma vez que o PAH torna organizada a prestação do atendimento ao hipertenso, a ESF passa a intervir integralmente através de abordagens em etapas, favorecendo que todos os pacientes envolvidos recebam uma assistência ampla e continuada. “Educar é Saúde” e “Capacitando a Equipe” são atividades educativas preventivas, que certamente interferiram para um melhor entendimento da doença pelos profissionais da saúde e hipertensos, gerando assim um melhor controle e acompanhamento da mesma.

Além disso, na avaliação do TMG, que se têm mostrado útil para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento, obteve-se apenas 25% dos pacientes potencialmente não aderentes, enquanto a literatura aponta 60% a 80% ⁽³⁾. Dessa maneira, os objetivos do projeto de intervenção foram alcançados.


Em relação às limitações do projeto, considerou-se que apesar do seu curto prazo a intervenção mostrou-se positiva e tal fato corrobora a ideia da necessidade de sustentabilidade do tratamento do paciente com hipertensão junto à Estratégia Saúde da Família e, ainda, o auxílio do NASF. No entanto, a baixa adesão populacional em alguns programas educativos, de atividade física e mudanças de estilo de vida revela possível resistência de alguns pacientes, além da dificuldade de deslocamento gerado por deficiência de transporte público na área rural.

Esse trabalho possui o mérito de abordar uma doença prevalente, com conceitos embasados na literatura recente, na implantação de um bom protocolo e de uma melhor equipe capacitada para o trabalho.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA \ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO\ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
2. ROBBINS, COTRAN. **Fundamentos de Patologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
3. PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. **Hypertension in Brazil: Estimates from Population-Based Prevalence Studies**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(1): 35–45, 2006.
4. ALVES, B. A.; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 30, n.3, p. 255-60, 2012.
5. BUGALHO, A.; CARNEIRO, A.V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISSN: 1074-308, 2004.
6. SISTEMA de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Informações em Saúde**. Consultado em: dez. 2014.
7. Brasil. Vigitel Brasil 2011: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
9. ARAÚJO, K.G. **Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em idosos no PSF São Jerônimo** – Município de Teófilo Otoni-MG. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni. 2010.
10. CARDOSO, G. N. Além da prescrição: a má adesão do tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares. 2011.
11. SOUZA, E.A.M.H. Protocolo de acompanhamento do Hipertenso: Uma estratégia de adesão ao protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica para a Equipe de Saúde da Família. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares. 2014.
12. BEN, A.I.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, n46(2), p.279-89, mai. 2012.
13. GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p1763-72, 2013.
14. RIBEIRO, A.G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Revista Nutrição*, Campinas, v. 25, n.2, p. 271-82, mar.\abr., 2012.

ANEXO 01: Protocolo de Acompanhamento do Hipertenso

| | | |
|---|---|--|
|  Saúde Família | <h1 style="margin: 0;">P.A.H.</h1> <h2 style="margin: 0;">Protocolo de Acompanhamento da Hipertensão</h2> | Arquivar no Prontuário Estratégia de Organização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica |
| Nome da unidade de Saúde _____ | Data _____ | Número do Prontuário _____ |

| IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO | | | |
|--|-----------------|---------------------------------------|--|
| Nome (com letra de forma e sem abreviaturas) _____ | | Data de Nascimento _____ | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Raça/Cor _____ | Educidade _____ | Ocupação _____ | Nº Cartão SUS _____ |
| Situação Familiar/Conjugal _____ | | Endereço (Rua, Bairro e Número) _____ | |

| DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---|--|---|
| PA _____ X _____ mmHg | Cintura (cm) _____ | Peso (kg) _____ | Altura (cm) _____ | IMC _____ | Sedentário <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Tobagismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Dieta Adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Tratado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Glicemia Capilar (mg/dl) _____ | Exames Realizados este ano | | | | | |
| | Em Jejum <input type="checkbox"/> Pós Prandial <input type="checkbox"/> | Sangue <input type="checkbox"/> | Urina <input type="checkbox"/> | ECG <input type="checkbox"/> | ECO <input type="checkbox"/> | Teste Ergométrico <input type="checkbox"/> | Outros _____ |

| QUESTIONÁRIO EDUCATIVO* | | SIM | NÃO |
|--|--|---------------|-----|
| 1 - A HAS é de tratamento pra vida toda? | | | |
| 2 - Acredita no controle adequado da doença através de mudança de hábitos de vida e uso de medicação anti-hipertensiva? | | | |
| 3 - Esqueceu-se de tomar suas medicações na última semana? | | | |
| 4 - Quando irá realizar exames ou consulta médica ou controle da pressão ou sentindo-se bem ou mal, toma as suas medicações? | | | |
| 5 - Usa suas medicações nos horários adequados? | | | |
| 6 - Os sintomas sempre aparecem quando a pressão está elevada? | | | |
| 7 - Buscou atendimento de emergência ou internação este ano? | | | |
| 8 - Possui dificuldade em ler o que está escrito nas embalagens? | | | |
| 9 - Possui dificuldade em tomar suas medicações sozinho? | | | |
| 10 - O controle inadequado da hipertensão pode resultar em complicações. Cite órgãos que possam ser afetados. | | Órgãos: _____ | |

| CONTROLE DA PA** | | |
|---|---|--|
| Data da Receita Médica Atualizada _____ | O paciente está em uso regular de suas medicações*** <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Assinatura do Responsável pelo Atendimento _____ |

| Dia | Manhã | Tarde |
|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Dia 1 | Pressão Arterial _____ X _____ mmHg | Pressão Arterial _____ X _____ mmHg |
| Dia 2 | Pressão Arterial _____ X _____ mmHg | Pressão Arterial _____ X _____ mmHg |
| Dia 3 | Pressão Arterial _____ X _____ mmHg | Pressão Arterial _____ X _____ mmHg |

| NOTIFICAÇÃO ACS | |
|--|---|
| Questões importantes a serem informadas ao ACS | |
| <div></div> | |
| Nome ACS Responsável _____ | ACS Comunicado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |

ANEXO. Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

*Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:**Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR*

| NA ÚLTIMA SEMANA | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|--|---|
| a) Nome da medicação e dosagem | b) Quantos dias você tomou esse remédio | c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio | d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez | e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido | f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

| Quanto essa medicação incomodou você? | | | | | |
|---------------------------------------|-------|----------|-------------|-------|---|
| Medicação | Muito | Um pouco | Muito pouco | Nunca | De que forma você é incomodado por ela? |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.


| Quanto é difícil para você: | Muito difícil | Um pouco difícil | Não muito difícil | Comentário (Qual medicamento) |
|---|---------------|------------------|-------------------|----------------------------------|
| Abrir ou fechar a embalagem | | | | |
| Ler o que está escrito na embalagem | | | | |
| Lembrar de tomar todo remédio | | | | |
| Conseguir o medicamento | | | | |
| Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo | | | | |

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

| DR – REGIME (questões 1a-1e) | 1 = sim | 0 = não |
|--|---------|-----------------|
| DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial? | 1 | 0 |
| DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo? | 1 | 0 |
| DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses? | 1 | 0 |
| DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento? | 1 | 0 |
| DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito? | 1 | 0 |
| DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas? | 1 | 0 |
| DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões? | 1 | 0 |
| NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO soma: | | <i>Tregime</i> |
| CRENÇAS | | |
| DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g? | 1 | 0 |
| DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam? | 1 | 0 |
| NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma: | | <i>Tcrenças</i> |
| RECORDAÇÃO | | |
| DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)? | 1 | 0 |
| DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c? | 1 | 0 |
| NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma: | | <i>Trecord</i> |

R = respondente NR = não respondente

ANEXO 03: Cartão de Registros de Pressão Arterial e Glicemia SES-DF

| | | |
|---|---|---|
|  | GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE | <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <h1 style="margin: 0;">Equipe 11</h1> <p style="margin: 0; font-size: small;">UNIDADE DE SAÚDE</p> </div> |
|---|---|---|

CARTÃO CONTROLE: PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA

| | |
|-------------|------------------------|
| Nome: _____ | DN: ____ / ____ / ____ |
|-------------|------------------------|

| DATA | PRESSÃO ARTERIAL | GLICEMIA JEJUM | GLICEMIA PÓS-PRANDIAL | ASSINATURA |
|------|------------------|----------------|-----------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

© 2008 Formato: 105x148mm 08/2004 NNP/SUPLAN N. Produções Gráficas/SES